DE N° 71

LA CARCINOSE

PROSTATO-PELVIENNE DIFFUSE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 Juin 1909

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

PAR

Paul GAYET

Né à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme), le 7 septembre 1883

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette
—
1909

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✲)..... DOYEN.
SARDA..... ASSESSEUR.

Professeurs

Clinique médicale.....	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (✲).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✲).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (✲).
Chimie médicale.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales.....	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées..	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	VIRES, agrégé.
Pathologie externe.....	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique.....	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements.....	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. SOUBEYRAN.	MM. LEENHARDT.
VIRES.	GUERIN.	GAUSSEL.
VEDEL.	GAGNIÈRE.	RICHE.
JEANBRAU.	GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.
POUJOL.	LAGRIFFOUL.	DERRIEN.

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la thèse :

MM. FORGUE, *président.*	MM. JEANBRAU, *agrégé.*
ESTOR, *professeur.*	RICHE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

MEIS ET AMICIS

P. GAYET.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

JEANBRAU ET RICHE

P. GAYET.

DE LA

CARCINOSE PROSTATO-PELVIENNE DIFFUSE

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION DU BUT PROPOSÉ. — HISTORIQUE

Il nous a paru intéressant, d'après les conseils de M. le professeur Forgue, d'étudier cette forme très particulière et si dramatique de la carcinose prostato-pelvienne diffuse. Nous ne saurions mieux la définir qu'en interprétant la première observation de ce cas, reconnu et décrit par Guyon qui a attiré l'attention sur ce sujet.

Chez son malade, on constatait à l'examen direct et par le toucher rectal une masse volumineuse, irrégulière, de consistance inégale et dure, remplissant tout le bassin, ne pouvant être contournée à gauche, et comme insinuée dans la grande échancrure sciatique. Les limites postérieures étaient inaccessibles. Dans les deux aines, chapelet de ganglions lymphatiques engorgés. En résumé, volume

énorme de la tumeur, bosselures et inégalités de consistance, caractéristiques, dit Guyon, de la carcinose prostato-pelvienne.

A l'autopsie, la tumeur se composait d'une grosse masse offrant trois prolongements : un antérieur adhérant à la peau du périnée et envahissant la partie postérieure de l'urèthre spongieux et de la verge ; un postérieur venant se loger dans la concavité du sacrum et refoulant le rectum à gauche ; les nerfs du plexus sacré étaient manifestement comprimés.

Le rectum adhérait intimement à la néoplasie prostatique, mais sans altération de la muqueuse.

Le troisième prolongement se détachait de la partie latérale gauche de la masse principale, s'engageant dans la grande échancrure sciatique. A droite, la tumeur très volumineuse venait en contact de la paroi pelvienne. La vessie, bien qu'adhérant intimement à la néoplasie de la prostate, ne s'était pas laissée envahir par elle.

Les vésicules séminales englobées étaient méconnaissables. Les ganglions pelviens, principalement ceux qui entourent les vaisseaux hypogastriques et iliaques, étaient tous dégénérés et formaient une masse en chapelet venant se rénir à la tumeur. Evolution en un an.

D'après l'observation précitée, la carcinose prostato-pelvienne diffuse se présente donc sous la forme d'une tumeur remplissant le bassin, avec tendance à fuser vers le périnée, l'échancrure sciatique ; envahissant les ganglions iliaques, hypogastriques, précocement dégénérés, les vésicules séminales, les tissus circonvoisins au rectum et à la vessie avec intégrité des muqueuses, l'urèthre spongieux.

L'historique de la question est peu développé, car ces données sont d'acquisition récente. Tous les faits de

cancer prostato-pelvien sont relativement rares. Sur 74 observations rapportées dans la thèse d'Hallopeau de 1906, nous voyons à peine une vingtaine de cas seulement qui puissent nous intéresser.

Sur les 26 malades dont l'observation a été rapportée par Motz et Majewski, il y en eut 6 chez lesquels l'évolution fut lente, laissant écouler entre les premières manifestations cliniques et la mort plus de deux ans ; mais dans les 40 % environ des cas observés, il ne s'est pas écoulé plus de six mois entre l'apparition des premiers symptômes et la mort. Pour ce qui est de la diffusion des lésions, l'urèthre postérieur a été envahi 7 fois seulement; le périnée une fois ; il y a eu 20 cas de propagation vésicale ; 20 cas d'infiltration des vésicules séminales, surtout du côté gauche. Les ganglions lymphatiques ont été envahis dans tous les cas. Pas de propagation du cancer prostatique au rectum : on ne retrouve d'ailleurs dans la littérature que 3 cas de cette propagation, 1 de Daniell Mollière et 2 de Walker.

Nous mentionnerons également les observations de Proust et Vian, datant de 1907, au nombre de 24, qui ont trait au sarcome de la prostate chez l'enfant, et dans lesquelles la tumeur avait acquis un développement trop rapide, pour avoir pu faire espérer un résultat quelconque par l'exérèse chirurgicale. Mais nous laisserons de côté le sarcome des gens âgés que son évolution lente ne peut permettre de classer à côté des formes diffuses à marche galopante dont nous nous occupons.

Nous relaterons une observation de sarcome à évolution très rapide chez un homme de 35 ans (*Medical News Philadelphia*); 3 cas de sarcome de la prostate chez l'enfant (Thompson et Wind, thèse de Munich); un cas du docteur Tellier amélioré par la cystostomie sus-pu-

bienne ; un autre de Recklinghausen remarquable par les métastases osseuses ; et d'Imbert, ayant trait à l'application des rayons X au cancer de la prostate ; une série de cas intéressants de Guyon, Hallé, Pasteau, Hallopeau, Bazy, Hartmann ; enfin deux observations inédites : l'une de M. le professeur Forgue ; l'autre du docteur Juge, donnant lieu à quelques considérations sur le rôle de la fulguration dans un cas de carcinose diffuse.

CHAPITRE II

ETUDE DES OBSERVATIONS

L'étude et le rapprochement des observations suivantes va permettre de donner un aperçu général de la question, d'où nous nous efforcerons de faire ressortir les particularités intéressantes au triple point de vue anatomique, clinique et thérapeutique.

Observation I

(Résumée)

Pièce n° 144 de la collection Guyon

J... 67 ans. Début 10 mois avant la mort par des signes de prostatisme ; vives douleurs irradiées, hématurie, rétention ; cachexie rapide.

Autopsie le 31 août 1885. — Urèthre antérieur normal ; la région

prostatique a l'aspect d'une caverne anfractueuse avec des lambeaux flottants de tissu nécrosé. Infiltration et induration du col, du trigone et du bas-fond recouverts de petits mamelons néoplasiques non ulcérés. Sur la partie latérale gauche du col existent un papillome villeux du volume d'une petite noix, et à droite de petites tumeurs polypiformes pédiculées. La prostate forme une masse dure adhérente aux parois de l'excavation pelvienne par un tissu scléro-cancéreux induré. Noyau carcinomateux dans la branche horizontale du pubis gauche ; plusieurs noyaux dans les corps caverneux. Envahissement des ganglions pelviens à gauche ; Noyaux secondaires dans le foie. Dilatation notable des deux uretères; lésions de dilatation aseptique ancienne du rein gauche; dilatation du rein droit.

Cette forme diffuse de cancer est particulière en ce sens, qu'indépendamment de la masse prostatique adhérente au pelvis, sont sortis des noyaux secondaires circonscrits, pédiculés au voisinage du col ; des semis de granulations dans le trigone et le bas-fond vésical. Cette évolution va à l'encontre de l'opinion classique relative à l'intégrité de la vessie dans le cancer de la prostate ; mais les lésions sont en général discrètes.

Il s'agit bien là d'une forme diffuse ; car en 10 mois la prostate a contracté des adhérences à la paroi pelvienne et se présente creusée comme une caverne, ce qui indique la rapidité d'évolution et l'extrême malignité ; de plus, les ganglions pelviens bien qu'isolés sont envahis ; les uretères sont comprimés..

Je fais remarquer dans ce cas le caractère insidieux du début formant contraste avec l'intensité des douleurs dans la suite.

Observation II

(Résumée)

Pièce 170 de la collection Guyon

X..., 34 ans. Début un an auparavant par douleurs et rétention ; cachexie rapide.

Autopsie. — Urèthre antérieur sain. La prostate qui a conservé sa forme générale forme une énorme tumeur qui remplit toute l'excavation pelvienne. Infiltration du col vésical et du bas-fond. En arrière, la tumeur prostatique englobe complètement les vésicules, remplit l'excavation pelvienne, entoure le rectum sans l'envahir, s'engage dans les échancrures sciatiques pour arriver jusque sous la peau des fesses. Envahissement des ganglions inguinaux. Evolution en 1 an.

En résumé, tumeur à développement postérieur ayant atteint en l'espace d'un an un volume assez considérable pour remplir toute l'excavation pelvienne, fuser profondément dans les échancrures sciatiques, contracter des adhérences avec la peau ; englobant les vésicules séminales, encerclant le rectum et le col vésical avec intégrité des muqueuses, intéressant les ganglions. Donc, cas typique.

Observation III

(Résumée)

Pièce n° 230 de la collection Guyon

Autopsie — Urèthre antérieur sain. Prostate dure, scléreuse, se prolongeant en haut et en arrière des deux côtés par du tissu scléreux qui englobe les vésicules et l'origine des uretères. Envahissement des ganglions iliaques et lombaires. Lésions de dilatation simple des uretères et des reins.

Comme dans le cas précédent, le développement s'est fait en arrière.

Observation IV

(Résumée)

Pièce 421 de la collection Guyon

B..., 63 ans. Début, il y a 8 mois, par symptômes de prostatisme; cachexie.

Autopsie. — L'urèthre antérieur est sain. La prostate vue du côté du canal ne présente qu'une faible hypertrophie des lobes gauche et moyen, sans lésion de la muqueuse. Le trigone et la base de la vessie sont épaissis, indurés et présentent sur la partie latérale droite autour de l'orifice de l'uretère des mamelons néoplasiques. Le petit bassin tout entier est rempli par une masse néoplasique très dure qui englobe la prostate, les vésicules, l'extrémité des uretères et qui a bien la prostate pour point de départ.

Les deux chaînes ganglionnaires hypogastriques sont fusionnées dans la tumeur pelvienne.

Toute la face antérieure de la colonne vertébrale est recouverte par un plastron néoplasique induré et bosselé formé par les ganglions réunis. Ils sont de plus en plus volumineux à mesure que l'on remonte vers le rein, surtout du côté gauche, et l'ensemble de ces ganglions forme une masse dont le volume égale à peu près celui du rein gauche. L'aorte est presque complètement entourée par eux. Compression des uretères et dilatation aseptique.

Noyaux secondaires dans le foie.

Il est intéressant de noter que, malgré le grand développement de la masse carcinomateuse comblant tout le petit bassin, la prostate n'a que peu participé à l'augmentation de volume.

Les orifices uretérales sont largement infiltrés ; donc participation de la muqueuse vésicale.

La diffusion des lésions est particulière pour ce qui concerne les ganglions. Le néoplasme a une tendance remarquable à s'infiltrer dans les chaînes ganglionnaires : c'est un plastron qui recouvre la colonne vertébrale jusqu'au rein ; c'est l'aorte qui est encerclé ; c'est la gaîne hypogastrique qui est envahie.

Observation V

(Résumée)

Pièce 492 de la collection Guyon (Hallé, Pasteau

G..., 76 ans. Début il y a quatre ans par des difficultés pour uriner. Le 21 décembre 1896, le malade s'aperçut que ses deux jambes étaient enflées. Vives douleurs dans la jambe droite.

Examen le 14 juin 1897 : on constate dans la région des aines une

masse ganglionnaire bosselée et indurée ; le toucher rectal permet de constater une prostate indurée de la grosseur d'une mandarine, à surface marronnée.

Urines claires. — Pas de polyurie ni de fréquence de mictions.

On porte le diagnostic de carcinose prostato-pelvienne.

Cachexie progressive. Le 14 août, brusquement, crise d'étouffement. Le 16 août, mort subite par syncope.

Autopsie. — Urèthre normal ; prostate grosse, dure, irrégulière, bosselée, hypertrophiée dans son ensemble. Tous les noyaux sont de même consistance. La masse prostatique, plus volumineuse du côté gauche, également plus bosselée de ce côté, se prolonge avec une masse néoplasique qui entoure les vaisseaux obturateurs, ombilicaux, iliaques internes ; masse très serrée formée de nombreux ganglions lymphatiques accolés les uns aux autres et réunis par une gangue scléro-adipeuse très difficile à dissocier. Cette masse néoplasique remplit toute la partie gauche du petit bassin et adhère intimement à l'os. Envahissement ganglionnaire le long des vaisseaux hopogastriques, iliaques, entre l'aorte et la veine cave et dans l'angle inférieur formé par la veine cave et la veine rénale gauche.

Au niveau du hile rénal des deux côtés, ganglions de la grosseur d'une noix ou noisette. Les reins sont dilatés, remplis d'urine claire ; l'uretère droit à sa partie inférieure longe en avant et en dedans la masse ganglionnaire ; le gauche dilaté est comme le précédent du volume d'un fort crayon et passe également en avant et en dedans le long de la masse néoplasique du petit bassin, sans paraître d'ailleurs y être fortement comprimé.

Nous voyons que la prostate bosselée présente des noyaux de consistance égale, ce qui irait à l'encontre de l'opinion de Guyon qui fait de l'inégalité de consistance une caractéristique de la carcinose prostato-pelvienne diffuse. Et cependant, nous avons bien affaire à un cas de ce genre ; car toute la moitié du bassin est envahie par une gangue qui s'incruste à l'os latéralement.

Les ganglions ont participé fortement à la néoformation cancéreuse et forment la partie la plus considérable

de la tumeur : gaînes des vaisseaux obturateurs, iliaques internes fusionnées en un bloc que l'on ne peut dissocier ; gaînes des vaisseaux hypogastriques, aorte, veine cave, et veine rénale gauche, des deux côtés du hile rénal. Donc forme diffuse à prédominance ganglionnaire.

Au point de vue clinique, nous remarquons le peu d'intensité des symptômes urinaires du début, donnant un caractère insidieux à l'affection. Ce n'est qu'un an avant la mort qu'une symptomatologie de compression s'est déclarée : les jambes, siège de douleurs vives, ont enflé. Insistons sur l'atténuation, voire même l'absence des symptômes urinaires ; pas de fréquence, pas de rétention, un peu de dysurie. Enfin le dénouement tragique et inattendu : le sujet mourant subitement de syncope.

Il est évident que, dans ces conditions, un diagnostic basé uniquement sur des symptômes fonctionnels est impossible.

Observation VI

Pièce 527 de la collection Guyon

En janvier 1898 le malade commence à ressentir dans la région lombaire des douleurs qui vont en augmentant jusqu'à devenir très aiguës. En même temps, il constate une augmentation dans la fréquence des mictions (toutes les heures, le jour aussi bien que la nuit). Le malade a des envies impérieuses d'uriner ; il lui faut faire de grands efforts. Les mictions sont un peu douloureuses, accompagnées d'une légère cuisson au niveau du col vésical et du gland. Le jet n'a plus de force ; l'urine s'écoule goutte à goutte. Depuis un peu plus d'un mois, les douleurs lombaires diminuent ; mais le malade ne peut plus marcher ; il souffre beaucoup dans les hanches, principalement du côté gauche.

En avril, les troubles de la miction s'accentuent. Le malade urine très difficilement. Il entre à St-Antoine où on le sonde. Depuis ce temps, il se sonde lui-même, mais pas tous les jours, car parfois il urine seul, après beaucoup d'efforts. Ce malade se plaint continuellement de violentes douleurs dans les articulations et les membres inférieurs principalement, douleurs qui nécessitent une injection de 0,01 de morphine chaque soir. Le malade meurt le 7 juillet.

Autopsie 8 juillet 1898. — Urèthre antérieur sain, urèthre postérieur couvert de petites végétations néoplasiques. A la coupe de la prostate, on ne distingue qu'une masse qui se propage aux ganglions pelviens. A gauche, il existe une propagation jusqu'à l'os iliaque qui est devenu mou et friable. La tête du fémur est aussi détruite. Les uretères sont dilatés, ainsi que les bassinets et les deux reins, mais sans lésion inflammatoire. Les ganglions qui entourent les vaisseaux iliaques et l'aorte sont envahis jusqu'au diaphragme. Foie gros envahi par un énorme encéphaloïde occupant le tiers de son volume.

Évolution en six mois.

Indépendamment de la masse adhérente aux ganglions pelviens, rapidement envahissante sur les côtés, qui caractérise le type diffus, il y a lieu d'insister sur les généralisations à distance en un court espace de temps. Ce n'est que depuis un mois que le sujet souffre des hanches, or la tête du fémur est détruite, l'os iliaque attaqué. Il est vraisemblable qu'il s'agit d'une métastase osseuse ; le point de départ a eu lieu probablement dans l'os même. Ce ne serait d'ailleurs pas un cas unique en son genre et nous en rapportons plus loin un de manifeste. Nous ne formons d'ailleurs qu'une simple hypothèse légitimée par ce fait que l'évolution a été trop rapide (six mois à peine), pour que l'on ne puisse supposer plusieurs points de départ à la fois. Il ne s'agirait donc pas seulement d'une diffusion par continuité ; mais encore par apport de germes cancéreux en des points éloignés : les gan-

glions sont intéressés jusqu'au diaphragme ; le foie présente un énorme encéphaloïde occupant le tiers de son volume.

Les symptômes fonctionnels urinaires qui ne se sont manifestés que 6 mois avant la mort ont été accentués : mictions fréquentes, douloureuses, difficiles, ayant nécessité le sondage ; puis symptomatologie pelvienne de compression : douleurs très violentes dans les lombes et dans les hanches.

Ce malade succombe sans avoir été soulagé par quelque intervention palliative.

Observation VII

(Hallopeau. — Résumée)

M..., âgé de 71 ans, entre le 30 décembre 1905, salle Velpeau, lit n° 7, avec des phénomènes d'intoxication urinaire intenses et en état de rétention, urinant par regorgement.

Pas d'antécédents urinaires.

Il y a 3 ans, pour la première fois, il eut après un repas abondant une crise de rétention aiguë qui dura, dit-il, 5 jours. Puis il n'aurait plus souffert d'aucun trouble jusqu'à il y a 4 ou 5 mois où de nouveau il éprouva l'impossibilité d'uriner. Depuis ce moment, il se levait jusqu'à 20 fois la nuit, tandis qu'auparavant il n'était pas forcé de se lever. Avant chaque miction, il ressentait de très vives douleurs. Depuis 15 jours les douleurs sont beaucoup plus vives. A chaque instant, il éprouve des envies impérieuses d'uriner, sans résultat d'ailleurs. Il y a 8 jours, en le sondant, on retira du pus et un résidu trouble et épais, en même temps qu'un caillot sanguin. L'amaigrissement s'est accentué dans ces derniers temps. Jamais de douleurs lombaires, ni sacrées. La défécation est normale, non douloureuse.

Au moment de l'entrée, grave état d'intoxication, délire, langue sèche, 39°. La vessie est très distendue, remontant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Le malade urine par regorgement. On passe une sonde n° 10 qui est très serrée au niveau de la prostate. Sonde à demeure et évacuation progressive.

Le lendemain la température s'abaisse, pas d'hématurie.

Le 1er janvier, on retire la sonde et on passe un béniqué n° 16.

Le 3 janvier, état général meilleur, température normale. Le malade apprend à se sonder et sort le 5, son état général étant fortement amélioré.

Examen direct.— On trouve au toucher rectal une prostate volumineuse, très dure, bosselée. La tumeur irrégulière de forme et de surface fait saillie vers le rectum où le doigt est serré entre elle et le plan sacré. A gauche on trouve un lobe assez volumineux, dur et inégal, se prolongeant en haut et en dehors par un cordon dur, saillant, recouvrant une traînée d'induration qui s'en va en dehors vers la paroi pelvienne et à droite lobe plus volumineux avec des bosselures multiples, et un noyau plus gros en dehors s'avançant vers la paroi rectale qui est infiltrée. Dans le rectum on sent, en effet, une saillie irrégulière de la muqueuse, du diamètre d'une pièce de un franc, au milieu d'une zone plus étendue où la muqueuse est adhérente aux plans profonds. Ailleurs elle paraît saine.

Ce même lobe se prolonge en haut et en dehors, toujours aussi dur. Au milieu, le bord supérieur présente une échancrure interrompue par une bosselure peu volumineuse. En bas, le rebord de la tumeur est net. En haut, sa limite est perceptible sur la ligne médiane, mais sur les côtés on n'arrive pas à l'extrémité supérieure des prolongements des lobes.

Par la palpation bimanuelle, on sent la masse faire une légère saillie dans la vessie, le tout est peu mobile. A gauche, on trouve des ganglions inguinaux augmentés de volume. Les ganglions iliaques sont également envahis.

Il s'agit là d'une forme diffuse propagée très irrégulièrement sur les côtés et en arrière vers le rectum. L'évolution s'est donc bien faite en arrière comme c'est la règle, mais surtout en haut. Le rectum dont la paroi

est infiltrée n'est que peu comprimé ; il n'y a, en effet, ni douleurs sacrées, ni troubles de la défécation ; mais sa muqueuse est adhérente sur le parcours du néoplasme qui s'y est incrusté en cheminant de bas en haut.

La crise de rétention d'il y a 3 ans n'a été qu'un accident momentané, mais se rapportant toutefois à un début de cancer, les antécédents urinaires faisant totalement défaut. C'est surtout depuis 5 mois que les symptômes fonctionnels se sont manifestés d'une façon intense : dysurie accentuée, crises de rétention et douleurs très violentes à l'occasion de chaque miction. Donc, apparition tardive des symptômes fonctionnels urinaires ; début très insidieux.

Remarquons les bons effets de la sonde à demeure chez un sujet infecté, en réglant, bien entendu, l'évacuation en cas de rétention : le malade la supporte sans douleurs ; l'état général s'en ressent rapidement, la température s'abaisse. Localement, le canal a bénéficié d'une dilatation facile, non douloureuse et inoffensive : on avait d'abord passé le n° 10 Nélaton ; au bout de 3 jours on introduisait sans difficultés un béniqué n° 16.

Il est donc du devoir du médecin, dans des cas de ce genre, d'apprendre au malade à se sonder ; ce qui constitue un moyen palliatif bien simple chez un sujet infecté et à canal relativement libre.

Observation VIII

(Résumée)

Pièce 656 de la collection Guyon

R..., 66 ans, entre salle Velpeau, n° 25, le 3 juin 1902.

Autopsie. — Urèthre antérieur normal; prostate relativement peu volumineuse, peu saillante aussi dans la vessie. L'infiltration est surtout postérieure, se faisant vers les vésicules et le Douglas. Sur les côtés, la tumeur présente des prolongements infiltrant la paroi vésicale. Derrière et au-dessus de la vessie, se trouvent les très nombreux ganglions enlevés avec les vaisseaux.

Immédiatement à droite de la tumeur, on en trouve un du volume d'une noix, devant la partie moyenne de l'hypogastrique, devant la bifurcation de l'iliaque primitive droite. Devant la bifurcation aortique se trouve une grosse masse de trois ganglions juxtaposés et soudés. Plus haut, remontant de l'aorte, mais surtout à droite de de celle-ci, devant la veine cave inférieure, est un gros amas de ganglions confondus en une seule tumeur, large de 6 centimètres environ, couverte de bosselures arrondies s'étendant jusqu'au niveau de l'origine des artères rénales où elle s'amincit un peu. A ce niveau, on trouve encore un gros ganglion isolé, du volume d'une cerise, à droite de la ligne médiane.

Comme dans l'observation V, il s'agit d'une forme diffuse à prédominance ganglionnaire. Les ganglions forment des amas isolés, bosselés, indépendants et éloignés de la masse prostatique. D'autre part la prostate est peu volumineuse, bien qu'elle ait envoyé des prolongements sur les côtés et surtout en arrière vers les vésicules et le Douglas.

Observation IX

(Hallopeau. — Résumée)

Le 31 décembre 1905, H..., âgé de 76 ans, entre salle Velpeau, lit n° 24, en état de rétention complète et ayant subi quelques heures auparavant des tentatives réitérées de cathétérisme qui n'ont abouti qu'à la création d'une fausse route.

Ce malade ne présente comme antécédents pathologiques que deux blennorragies. Il y a trois ans environ qu'il s'est aperçu qu'il urinait plus lentement. Presque en même temps est apparue la fréquence des mictions, si bien que le malade n'urinait chaque fois que quelques gouttes d'urine, dit-il. La miction se faisait si lentement que dans ces derniers temps l'urine ne s'écoulait que goutte à goutte. La miction n'était que peu douloureuse, et c'était seulement à la fin que le malade éprouvait un peu de cuisson. Il ressentait également un peu de pesanteur à la région hypogastrique et quelques douleurs en ceinture au niveau du bassin, mais non pas d'une façon continue, et après la miction il se produisait une impression de diminution de ces douleurs. La nuit, le malade qui, il y a deux ans, se levait seulement cinq à six fois, devait uriner beaucoup plus souvent dans ces derniers temps. Il y a deux mois se sont fait sentir des douleurs lancinantes, mais passagères, au niveau de l'urèthre. Jamais il ne s'était produit d'hématurie. Le malade est assez constipé, n'allant à la selle que tous les quatre ou cinq jours avec un lavement. Il n'y a jamais eu de sang dans ses matières qui ne sont pas amincies.

A son entrée à l'hôpital on lui passe un n° 16 avec une certaine difficulté au niveau de la région prostatique ; sonde à demeure quatre jours, bien supportée sans souffrances : état général altéré ; amaigrissement.

Examen. — La palpation abdominale simple ne permet pas de sentir de tumeur dans la région vésicale.

L'exploration des ganglions iliaques permet au contraire de reconnaître des masses bosselées, accolées aux vaisseaux des deux côtés du bassin et évidemment constituées par des ganglions durs, indolents, volumineux, surtout du côté droit.

La palpation médiane ne permet pas de sentir de ganglions dans la région lombaire.

Le toucher rectal mène sur une prostate volumineuse, descendant vers le périnée dans lequel elle semble se prolonger un peu, les tissus environnants étant comme infiltrés.

Le bord supérieur de la glande est accessible dans sa partie médiane qui présente une échancrure arrondie à concavité supérieure. Latéralement, en effet, la masse se prolonge en haut et en dehors par des saillies très dures remontant le long des vésicules, se perdant vers les parois pelviennes, sans qu'on puisse sentir la limite de l'induration. La face postérieure est extrêmement dure, très bosselée et très irrégulière ; en bas et à droite, un noyau de consistance ligneuse repousse la paroi rectale, mais sans l'infiltrer : la muqueuse est parfaitement saine et mobile. La palpation bimanuelle montre une légère saillie intra-vésicale ; la tumeur est assez mobile dans son ensemble, sauf vers la partie inférieure.

Le toucher provoque une certaine douleur sur toute la surface de la tumeur. Le malade apprend à se sonder et sort deux jours après.

Evolution en 3 ans.

Donc, tumeur à évolution inférieure vers le périnée et latérale vers le pelvis. Comme dans l'observation VII, le bord supérieur de la glande présente une échancrure arrondie à concavité supérieure ; comme si les lobes latéraux seuls participaient le plus activement à la néoformation cancéreuse? La paroi rectale est repoussée sans être infiltrée, au lieu que dans l'observation VII elle était infiltrée sans être repoussée : faits nous montrant bien les bizarreries de la marche de ces sortes de tumeur.

Les symptômes fonctionnels urinaires se sont manifestés de bonne heure, il y a 3 ans, par dysurie et fréquence

très accentuée, avec douleurs pelviennes provoquées par la miction. Ces troubles ont abouti à la rétention.

Observation X

(Hallopeau. — Résumée)

C..., âgé de 71 ans, entre le 18 novembre 1905 à l'hôpital Necker, salle Velpeau. Antécédents : blennorragie, chancre induré. Le premier symptôme relatif à son état actuel se serait manifesté il y a 18 mois environ, c'est-à-dire au printemps de 1904 : à ce moment le malade s'aperçoit qu'il doit se lever la nuit pour uriner ; puis cette fréquence des mictions augmente et, au mois d'août 1904, les besoins d'uriner deviennent très impérieux et pour n'aboutir qu'à l'évacuation d'une assez petite quantité d'urine, un verre à bordeaux chaque fois, dit le malade. Progressivement les mictions deviennent plus longues et plus pénibles sans être toutefois douloureuses. Au mois de juin 1905, le malade consulte pour la première fois et on lui prescrit des capsules de térébenthine.

Au mois d'août, il est exploré pour la première fois dans une clinique privée, et à cette période aurait été constatée une rétention partielle, le résidu étant de 170 grammes. Le cathétérisme avait provoqué un léger saignement. Dès cette époque, les urines étaient troubles. C'est au même moment que le malade qui allait partir en voyage est pris d'une douleur à la jambe et soigné pour phlébite du 1er septembre au 18 novembre dans une maison de santé. Le gonflement avait envahi la totalité du membre inférieur du côté droit. Pendant son séjour dans cette maison, la quantité d'urine émise par jour atteignait en moyenne un litre et demi et les mictions se produisaient toutes les demi-heures.

De là, le malade est envoyé à Necker où il entre le 18 décembre. Dès son entrée, on lui met une sonde à demeure qui est assez bien supportée, ne provoquant pas de douleurs.

Le malade se présente avec un aspect amaigri et considérablement anémié. Il dit avoir perdu une notable quantité de son poids ; l'inappétence est d'ailleurs très marquée, et depuis deux mois il se nourrit presque exclusivement de lait ; la langue est sèche, la voix affaiblie. Actuellement, le malade ne ressent aucune douleur spontanée ; il aurait pourtant souffert, il y a quelques mois, de douleurs dans la région lombaire ; la jambe gauche aurait également été douloureuse dans certains mouvements ; mais ces phénomènes ont disparu. Il n'y a jamais eu de douleurs dans la région hypogastrique, tout au plus le début de la miction était-il pénible. La constipation s'est manifestée depuis assez longtemps déjà ; et depuis 3 mois il ne peut être obtenu de selles, qu'au moyen de lavements qui sont pris tous les deux jours.

Les urines que le malade rendait spontanément et celles qui sont recueillies par la sonde laissée à demeure pendant la semaine que le malade passe à l'hôpital sont extrêmement troubles et assez foncées ; par le repos, il se précipite une grande quantité de flocons d'un brun rougeâtre qui donnaient à l'urine sa coloration ; mais jamais le malade n'a rendu de sang pur ; jamais il n'a eu d'hématurie spontanée.

Examen. — La palpation abdominale pratiquée à travers la paroi amaigrie permet déjà de reconnaître une masse consistante dépassant légèrement le pubis et empêchant complètement de déprimer la paroi vers la cavité pelvienne. Le périnée n'est pas bombé ; ses plans paraissent souples. Au toucher, on tombe immédiatement sur une masse très volumineuse, arrondie, refoulant la paroi antérieure du rectum. Cette masse se prolonge sur les côtés, sans que le doigt qui est serré entre elle et le sacrum puisse arriver à en percevoir les limites latérales ; vers la profondeur également la limite supérieure de la tumeur est inaccessible au doigt ; la palpation combinée au toucher ne peut d'abord abaisser la masse pour en rendre l'exploration plus facile ; il est impossible de lui imprimer aucun mouvement ; il semble qu'elle soit fixée et enclavée dans le petit bassin. Sa surface accessible est assez irrégulière, sans grosse bosselure ; la partie médiane et supérieure est aussi saillante que les parties latérales ; la consistance est uniformément dure et presque ligneuse.

Malgré ces rapports intimes de la tumeur avec la paroi rectale, la

muqueuse de ce conduit est restée partout absolument souple et indépendante des plans sous-jacents ; il n'y a jamais eu par l'anus, ni écoulement glaireux, ni hémorragie.

L'exploration des fosses iliaques ne montre pas à droite de masse ganglionnaire appréciable ; mais à gauche on sent des masses profondes qui refoulent en dehors et soulèvent les vaisseaux iliaques. Les ganglions juxta-aortiques ne peuvent être sentis. De chaque côté on trouve des ganglions inguinaux durs, mobiles, moins volumineux à gauche qu'à droite où ils ne dépassent guère pourtant le volume d'un haricot. Enfin le membre inférieur siège de la phlébite a repris à peu près son volume normal.

Le diagnostic de carcinose prostato-pelvienne diffuse ne saurait être mis en doute.

Evolution en 18 mois environ.

Chez un sujet sans antécédents urinaires se manifeste de la dysurie avec fréquence, de la rétention, et 18 mois après on constate la présence d'une masse enclavée et immobilisée dans le bassin. Les limites latérales et postéro-supérieures ne peuvent être perçues, comme d'ailleurs dans la plupart des cas de carcinose diffuse. La consistance est uniformément dure, fait que nous rapprocherons de notre obs. V et instructif pour ceux qui pensent faire de l'inégalité de consistance une caractéristique de la forme de cancer que nous étudions.

Second point : Le rectum bien qu'encerclé par la tumeur n'est pas adhérent, et sa muqueuse est saine ; ce qui ne constitue pas, malgré l'opinion classique, la généralité des cas, comme nous avons pu le voir dans certaines de nos observations. Enfin, particularité qui ne manque pas de mettre un peu de confusion dans les idées, la partie médiane et supérieure de la glande prostatique, au lieu d'être échancrée, comme cela se voit dans quelques cas, est aussi saillante que les parties latérales.

Au point de vue clinique, toujours le même début

insidieux, par des symptômes urinaires propres à beaucoup d'affections ; plus tard, rétention et infection améliorée par la sonde à demeure.

Observation XI

(Guyon. — Résumée)

S..., 66 ans, entre le 13 mai 1901 dans le service Guyon, salle Richet, n° 3. Antécédents : difficultés pour uriner à l'âge de 5 ans ; aucun accident ensuite ; blennorragie.

Il y a deux ans, le malade entre dans le service de M. Routier pour une rétention complète. Diagnostic : hypertrophie de la prostate. A la sortie de l'hôpital, les mictions sont difficiles ; le malade n'urine qu'avec la sonde ; il n'eut jamais d'hématurie.

13 mars. — Le malade entre salle Velpeau en rétention complète ; cathétérisme difficile ; douleurs lombaires depuis peu, 2 mois environ. Mort le 26 mars.

Examen. — Membre droit œdématié ainsi que la partie inférieure de l'abdomen ; ganglions inguinaux ; région lombaire douloureuse à la palpation.

Toucher rectal à une profondeur d'une phalange et demie. A droite, saillie qui ne dépasse pas la partie supérieure. Le palper combiné ne fait rien sentir dans la fosse iliaque, mais fait percevoir au-dessus du pubis, à deux travers de doigt, une saillie en continuation avec la première. A gauche, saillie moins étendue, moins élevée ; propagation dans la fosse iliaque sur l'échancrure sciatique ; consistance dure. Premiers accidents il y a deux ans.

Mêmes considérations cliniques que pour nos observations antérieures, et, comme toujours, tumeur à propagation latérale.

Observation XII

(Guyon. — Résumée)

A..., 72 ans, entre le 1er juin 1901 dans le service Guyon, hôpital Necker, salle Velpeau, lit n° 18.

Depuis 8 mois, le malade a de la difficulté pour uriner. Il urine goutte à goutte avec effort. Il éprouve en outre des besoins fréquents d'uriner ; pollakyurie marquée : la nuit, 7 à 8 fois ; le jour, 4 à 5 fois. Constipation opiniâtre avec ténesme rectal. Le malade va difficilement à la selle, sans grandes douleurs cependant. Jamais il n'a pissé de sang ni rendu de pus par le canal ou le rectum.

Pas de souffrances, état général satisfaisant.

On découvre que tout le membre inférieur gauche est augmenté de volume et présente de l'œdème.

Examen. — Toucher rectal : prostate très augmentée de volume ; le lobe droit hypertrophié peut être limité en arrière, mais pas sur le côté. Le lobe gauche forme une masse énorme, irrégulière, semblant suivre la vésicule séminale et se perdre sur le bas-fond vésical sans pouvoir être limitée en arrière, fusant latéralement vers la paroi pelvienne.

Dans cette observation, comme dans les précédentes, nous n'avons pas constaté d'hématurie, ni comme symptôme de début, ni comme symptôme terminal. L'œdème du membre inférieur gauche est probablement dû à la compression, la tumeur ayant fait à gauche sa masse de développement.

La néoplasie s'est développée aux dépens des lobes

gauches et droits ; son mode de progression répond aux données classiques.

Observation XIII

(Guyon. — Résumée)

P..., 53 ans, entre le 25 mai 1902 dans le service de M. Guyon, salle Velpeau, n° 11. Il y a 12 ans, a été lithotritié pour un calcul prostatique. Le malade n'a plus depuis accusé aucun trouble. Il y a un an, les envies d'uriner sont peu à peu devenues très fréquentes ; toutes les heures le jour, 10 fois la nuit.

Le besoin n'est pas très impérieux ; la miction est difficile, le malade est obligé de pousser. Une fois la miction terminée, quelques gouttes d'urine s'écoulent encore involontairement.

Le malade se plaint de perdre de l'urine dans le décubitus horizontal, il n'en perd pas dans la position verticale.

Les urines sont troubles depuis 3 ans. Douleurs fugaces dans la région lombaire, occasionnant des envies d'uriner. Le malade est habituellement constipé.

Examen. — Toucher rectal : la région prostatique ne présente pas d'épaississement appréciable ni à droite, ni à gauche. Le double palper fait sentir à gauche une saillie qui remonte à trois travers de doigt au-dessus du pubis et déborde le détroit supérieur ; les contours sont irréguliers ; la consistance est dure.

Le relief se retrouve du côté droit sensiblement moins accentué, deux travers de doigt ; et de ce côté la fosse iliaque est libre ; tandis qu'à gauche la saillie empiète sur la fosse iliaque jusque près du bord externe.

Infiltration néoplasique sur la vessie.

Evolution en un an environ.

Traitement. — Sondages et lavages ; les mictions diminuent de fréquence.

Sorti le 1er juin 1902.

Toujours le même début par des troubles de la miction.

Observation XIV

(Guyon. — Résumée)

H..., 72 ans, entre le 29 janvier 1902 dans le service Guyon, salle Velpeau.

Antécédents. — Deux blennorragies, syphilis et goutte.

Il y a un an environ, a commencé à uriner difficilement. L'urine sortait goutte à goutte ; mictions très fréquentes, la nuit quatre à cinq fois ; le jour tous les quarts d'heure.

Vers le mois de mai 1901, le malade commence à se sonder et se trouve amélioré ; il urine cependant toujours aussi fréquemment.

Traitement. — Dilatation, nitrate d'argent.

28 novembre 1901. — Ne peut uriner sans sonde ; la fréquence a diminué.

C'est dans cet état que le malade entre le 29 janvier à la salle Velpeau.

Examen. — Toucher rectal : Rectum à crêtes très saillantes et très épaissies. Prostate : noyaux disséminés d'une dureté prononcée ; noyau à droite allant jusqu'à la branche ischio-pubienne à laquelle il adhère. Palpation et toucher combinés : on sent au-dessus de la symphyse quelque chose de volumineux et dur ; le doigt rectal sent un amas de bosselures qui se propagent vers l'hypogastre.

La masse remonte à quatre travers de doigt au-dessus du pubis, formant un grand croissant embrassant la face postérieure de la vessie ; plus à gauche noyau dur.

Evolution en un an environ.

Sortie le 6 février 1901.

Comme dans l'observation précédente, diminution de la fréquence par le simple usage régulier de la sonde. Evolution en un an dans les deux cas, si l'on se base sur

l'apparition des premiers symptômes cliniques. La masse est échancrée au milieu en croissant, ce qui n'est pas un fait unique en son genre. Autre particularité, la muqueuse rectale a été touchée comme dans l'obs. VII.

Observation XV

(Guyon. — Résumée)

P..., 62 ans, entre le 12 janvier 1903 dans le service Guyon, hôpital Necker, salle Velpeau, n° 1.

Pas d'antécédents urinaires.

Vient consulter pour accidents de rétention d'urine.

Jusqu'au mois de juin 1902, les mictions ont à peine augmenté de fréquence ; depuis cette époque, le malade urinait 5 à 6 fois par jour et ne se levait pas la nuit.

A la suite d'un repas copieux en juin 1902, il ressentit des besoins excessivement fréquents d'uriner, et pendant une heure, urina de 10 à 15 fois. Les mictions étaient difficiles, douloureuses, avec des sensations de brûlure à la verge. Pas d'hématurie. Dans la nuit qui suivit cette crise, il ne se leva que 2 ou 3 fois ; mais, à chaque fois, il était obligé d'aller au cabinet pour uriner ; car la miction dans la station debout était à peu près impossible. Puis diminution progressive de la fréquence et bientôt son état redevenait normal. Jusqu'à Noël, il urine le jour 6 à 7 fois et ne se lève que la nuit. Le 29 décembre suivant, crise analogue. Le lendemain, les envies d'uriner ont continué fréquentes, si bien qu'il a été obligé de cesser tout travail, urinant toutes les 10 minutes, ne pouvant parfois retenir ses urines.

Il est sondé et on lui retire de la vessie 2 litres d'urine claire sans dépôt ni sang ; 24 heures après, on retire un litre et demi d'urine.

Le 28 décembre, il commence à uriner un peu spontanément. Le 12 janvier 1903, à la Terrasse, on le trouve en état de rétention

incomplète chronique avec distension vésicale. Sonde à demeure ; hématurie *ex vacuo* ; on lui débouche la sonde toutes les 2 heures ; nitrate d'argent. Le 6 février, vessie bien contractée ; coup de piston net au cathéter avec sonde en l'air.

Le malade apprend à se sonder et sort le 22 février.

Examen. — Prostate volumineuse, dure, avec quelques bosselures surtout à droite. A gauche, déborde légèrement l'arc osseux et s'applique à la paroi pelvienne avec laquelle elle contracte des connexions assez nettes.

Par la palpation antérieure, à droite, rien ; à gauche, tumeur débordant dans la fosse iliaque.

Evolution en un an ; premiers symptômes intenses il y a 8 mois.

Dans cette observation, la dysurie et la fréquence ne se manifestent pas d'une façon continue, mais procèdent par crises assez espacées, et, dans l'intervalle, la miction est normale. Il ne s'agit donc point d'une symptomatologie de compression ; car les symptômes qui en auraient résulté eussent été continus. Ces crises seraient plutôt dues à des phénomènes congestifs passagers, à cause hypothétique. Dans ce cas, comme dans les autres, le malade retire les meilleurs bénéfices du sondage.

Observation XVI

(Guyon. — Résumée)

G..., 59 ans, entre le 6 janvier 1902 dans le service Guyon, salle Velpeau, n° 20.

Début de la maladie en janvier 1901 par une hématurie qui fut totale, spontanée, indolore, sans association symptomatique, assez

abondante, et qui disparut tout d'un coup le lendemain et spontanément.

A ce moment, bon état général ; le malade ne pissait pas la nuit, ne souffrai que dans l'hypogastre et n'avait pas maigri.

De janvier à novembre 1901, l'hématurie ne se renouvelle pas ; légère fatigue générale, inexplicable ; douleurs dans l'aine gauche, surtout le soir après la marche.

En novembre 1901, reprise des hématuries ; ces hématuries sont spontanées ; non influencées par la marche, la voiture, totales, indolores, intermittentes ; le malade reste plusieurs jours sans pisser de sang, puis a une nouvelle hématurie avec les mêmes caractères ; pas de douleurs locales ; léger amaigrissement. Difficulté de la défécation.

Examen. — Toucher rectal : prostate dure avec des noyaux et des prolongements du côté du bassin ; on sent les ganglions des deux côtés.

Palper abdominal : rien à gauche ; à droite, masse très grosse ; par le palper-et le toucher combinés, masse qui remonte à un travers de doigt au-dessus du pubis.

Évolution en un an.

Sortie le 26 janvier 1902, dans le même état.

Signalons particulièrement la première observation à début avec hématurie spontanée dans son apparition et sa terminaison. Ce premier symptôme apparu il y a un an n'est pas associé à des troubles de la miction et laisse 10 mois de répit au malade. Ces hématuries sont revenues seulement il y a deux mois, toujours avec le même caractère spontané. On peut penser que, dans ce cas, la vessie est intéressée ; et cependant le point de départ du cancer est selon toute vraisemblance dans la prostate ; car cette dernière se présente sous la forme d'une masse avec prolongements latéraux débordant le pubis ; il y a de plus une symptomatologie de compression ; douleurs dans les aines, troubles de la défécation. Ce sont là des caractères essentiels de la carcinose prostato-pelvienne diffuse.

Dans cette observation, l'examen direct rectal seul était démonstratif; car, en se basant uniquement sur les symptômes urinaires, la première idée qui venait à l'esprit était celle d'un cancer vésical.

Observation XVII

(Bazy. — Résumée)

F.., âgé de 51 ans, entre le 10 septembre 1902 pour douleur au niveau de la vessie et du rectum.

En février dernier, à la suite de fatigues, il ressentit brusquement de la douleur dans la verge et dans le rein en urinant. Urines claires ; pas d'hématurie.

A maigri depuis cette époque ; pas de sang dans les selles.

Ganglions inguinaux à droite.

Examen. — Toucher rectal ; prostate dure dans son ensemble, enclavée ; elle présente sur son bord gauche des aspérités et des nodosités dures. A la partie supérieure du bord droit, bosselure paraissant arrondie, séparée du bord par un sillon très net et se prolongeant sur la partie latérale du bassin. Son volume est celui d'une noisette.

Bosselures à gauche en grains de plomb. A droite, tumeur plus souple et peu douloureuse.

Sur la paroi latérale gauche, la prostate paraît se continuer par un tissu induré avec le bassin.

Evolution en 8 mois.

On n'est point autorisé à assigner comme point de départ unique de la tumeur le centre de la prostate, vu la présence de nombreuses nodosités du volume d'un grain de plomb ou d'une noisette, faisant saillie sur

les bords gauche et droit de la prostate et isolés de la masse principale. Du reste, en rapprochant plusieurs de nos observations, nous pouvons constater ces points de départ multiples et bien souvent éloignés du centre de la prostate ; Obs. IV, VI, V, I et en particulier l'Obs. VIII dans laquelle le développement néoplasique ganglionnaire a été probablement simultané à celui de la prostate, étant donné le volume des ganglions comparé à celui de la prostate peu volumineux, et leur point distant ; ce qui fait repousser l'idée d'une propagation par continuité.

La symptomatologie se résume dans les douleurs, il y a 8 mois.

Observation XVIII

Hartman. — Résumée

S..., âgé de 49 ans, entre le 11 décembre 1903 parce qu'il urine du sang et souffre des reins.

Il y a plus d'un an, il avait éprouvé au bas de la région lombaire une douleur sourde, localisée à la région médiane, douleur non paroxystique mais qui empêchait les mouvements et avait duré un mois.

Il y a dix mois, hématurie extrêmement considérable sans que le malade eût éprouvé la veille aucune fatigue ; il fut soudainement pris le soir de pissements de sang qui durèrent toute la nuit.

Le sang sortait presque pur et le malade évalue sa quantité à 1 litre et demi. Il contenait des caillots de 8 cent. de long, gros comme le petit doigt. L'hématurie était totale.

Pas de douleurs.

Ces hématuries continuèrent un jour et une nuit, puis moins sou-

vent dans la semaine qui suivit. Dans l'intervalle, urines claires. L'hématurie était alors terminale seulement.

Ces saignements s'étaient renouvelés 2 ou 3 fois dans le même mois sans gêner le malade, lorsqu'après 4 mois, sans aucun phénomène au mois de juillet, il eut un pissement de sang rouge de la valeur d'un verre et demi.

Depuis, le malade a éprouvé du malaise dans le bas ventre, à droite, puis à gauche. Après ses repas, il restait deux heures très gêné, éprouvant une sensation d'étouffement.

Un mois après, il commença à éprouver des douleurs extrêmement violentes qui n'ont pas cessé depuis.

Ces douleurs viennent progressivement, siègent dans la portion médiane de la région sacrée, irradiant un peu de chaque côté, en haut le long de la colonne, vers l'aine ; à la face interne des cuisses. Ces douleurs sont très vives, il semble au malade qu'on lui arrache ses organes.

De plus, il a une sensation de brûlure qui siège dans les flancs, la région hypogastrique, toute la surface des cuisses, et dure un peu moins longtemps.

La crise douloureuse est de 12 à 15 heures, survient tous les soirs et dure une partie de la nuit ; le jour, elle est moins forte.

Depuis huit jours, caillots noirâtres à la fin des mictions.

Depuis 2 mois, amaigrissement notable.

Actuellement, fréquence des mictions, toutes les demi-heures, le jour et la nuit.

Urines troubles. D'après le malade, elles étaient claires la veille avant la crise douloureuse. Le dernier verre est coloré. Brûlures à la fin de la miction.

2 février 1904. — Douleurs extrêmement vives dans la région des fesses, des cuisses et au périnée ; urines toujours teintées.

Examen. — Le toucher rectal fait sentir une prostate dure, énorme, se prolongeant à droite et à gauche dans l'excavation pelvienne sans qu'on puisse la limiter, adhérant aux parois. La paroi postérieure de la vessie semble infiltrée.

Palpation abdominale douloureuse au niveau de la face antérieure de la vessie.

Ganglions peu volumineux dans les aines, à droite et à gauche.

Évolution en un an.

Comme dans l'obs. XVI nous avons ici un début par hématuries, il y a 10 mois : pissements de sang s'arrêtant au bout de trois jours, laissant ensuite 4 mois de répit au malade. C'est alors qu'apparaissent des douleurs extrêmement violentes, irradiées, de longue durée et quotidiennes. La fréquence des mictions ne s'est manifestée qu'en dernier lieu. Ces douleurs, dues sans aucun doute à la compression, nous indiquent que la masse néoplasique n'a pris un développement considérable qu'il y a 6 mois, évoluant avec une extrême rapidité.

Le début caractérisé uniquement par l'hématurie, quatre mois avant l'apparition de toute symptomatologie pelvienne, peut nous faire penser à un point de départ vésical de la tumeur ; mais le toucher rectal nous montre une forme de carcinose pelvienne trop caractérisée pour que l'on puisse supposer que la prostate ait été secondairement atteinte. Il est vrai toutefois qu'à l'examen direct la paroi postérieure de la vessie est profondément infiltrée, montrant de la continuité entre l'induration vésicale qui paraîtrait être primitive de par la clinique, et l'induration prostatique.

Observation XIX

Medical News of Philadelphia, vol. XLI, p. 538, novembre 1882.

Sarcome. — Evolution très rapide

Le 8 août entrait à « University hospital » un homme de 35 ans atteint de rétention d'urine. Il raconte que quelques années auparavant il a été traité par la dilatation d'un rétrécissement blennorragique. Le ventre est distendu par une tumeur globuleuse, abso-

lument mate, remontant jusqu'à l'ombilic. La prostate paraît volumineuse. Les tentatives de cathétérisme restent infructueuses ; mais, sous l'influence d'un traitement calmant, la miction se rétablit et la tumeur diminue.

Le 18 août, nouvelle attaque de rétention avec douleurs abdominales vives ; le cathétérisme demeurant impossible, on fait la ponction aspiratrice sus-pubienne, mais on n'obtient que quelques gouttes de sang et l'on sent que l'aiguille n'est pas libre. Examinant alors de plus près la tumeur hypogastrique, on voit qu'elle est en grande partie solide. On se décide à pratiquer une boutonnière périnéale qui donne issue à l'urine contenue et permet d'apprécier nettement l'existence, au-dessus de la prostate augmentée de volume, d'une tumeur de forme ovale que l'on suppose dépendre du bas-fond vésical.

Neuf jours plus tard, le malade succombait à une péritonite apparue subitement la veille.

Autopsie. — Dans l'épiploon, masses nombreuses blanchâtres variant en volume depuis un pois jusqu'à un œuf de poule. Toute l'excavation pelvienne est remplie par une tumeur bosselée, fortement adhérente à tout ce qui l'entoure. Par la dissection, on reconnaît qu'elle est développée aux dépens de la prostate dont on ne retrouve plus traces, non plus que des vésicules séminales. La vessie refoulée en avant et en haut répond au voisinage de l'ombilic ; sa face postérieure est irrégulière et d'aspect tomenteux. Les uretères et l'urèthre n'offrent rien d'anormal. La rate et le foie présentent des noyaux secondaires ; les autres viscères sont sains.

A la coupe, la tumeur principale offre des aspects divers : ici elle ressemble au squirrhe ; là elle rappelle l'encéphaloïde. Au microscope, sarcome à petites cellules rondes, nombreux vaisseaux, pas de stroma. La vessie, dans sa région postérieure, est profondément altérée et l'épithélium de la muqueuse est en voie de prolifération ; les couches sous-muqueuses et musculeuses sont infiltrées de petites cellules embryonnaires.

Ce cas de sarcome est remarquable par l'évolution extrêmement rapide : un mois après les premières manifestations cliniques le sujet meurt. Les troubles urinaires se résument en une rétention très accentuée, comme

d'ailleurs dans tous les cas de sarcome que nous signalons. Nous ne pouvons expliquer cette énorme rétention que par une coudure de l'urèthre qui est normal à l'autopsie, coudure rendant le cathétérisme impossible : la vessie est en effet fortement refoulée en avant et en haut.

Si nous comparons le sarcome au carcinome diffus, nous voyons que, d'après cette observation, les points saillants sont les suivants : Généralisation plus rapide : l'épiploon, le foie, la rate sont en un court espace de temps le siège de noyaux sarcomateux.

Les organes sont plus profondément intéressés : c'est à peine si l'on peut reconnaître la prostate et les vésicules séminales noyées dans une gangue.

Enfin, la vessie est infiltrée : son épithélium est en voie de prolifération ; ce que nous n'avons guère observé dans nos observations de carcinome.

Observation XX

(Thompson)

Encéphaloïde de la prostate chez un enfant

W. M..., âgé de 5 ans. M. Stafford fut appelé à voir cet enfant pour une tumeur abdominale. Elle dépassait l'ombilic de 5 centimètres. Elle était formée par la vessie distendue; car on retira 775 gr. d'urine. Il ne se plaignait d'aucune douleur ; il n'y avait aucune sensibilité au niveau de l'abdomen. On ne soupçonna pas de maladie de la prostate ; c'est pourquoi on ne fit pas d'examen par le rectum. Il mourut huit jours après.

Autopsie. — Tous les viscères paraissaient sains, sauf la vessie et la prostate. La muqueuse de la vessie était épaissie. La prostate égalait en volume une très grosse châtaigne ; elle avait une forme quelque peu globuleuse. L'examen montra que cette masse possédait « la couleur, la consistance et la contexture » de l'encéphaloïde.

Observation XXI

(Thompson)

Sarcome de la prostate chez un enfant

Enfant âgé de trois ans. Signes d'une maladie de la vessie depuis six mois ; puis rétention d'urine. On emploie la sonde fréquemment jusqu'à ce que l'obstacle en rende l'usage impossible. On ponctionne alors la vessie au-dessus du pubis. 3 ou 4 semaines après, l'enfant meurt d'épuisement.

Autopsie. — La prostate était augmentée par une énorme production encéphaloïde du volume d'un œuf de poule.

Observation XXII

(Wind. — Thèse de Munich)

Tumeur maligne de la prostate chez l'enfant

Enfant de 5 ans et demi : rétention d'urine ; cathétérisme répété. Selles douloureuses. Le toucher rectal fait constater la tumeur vérifiée à l'autopsie. La tumeur prostatique recouverte à la face

vésicale d'excroissances papillaires est un sarcome à petites cellules. Hydronéphrose bilatérale.

Dans tous ces cas de sarcome, nous pouvons constater que la muqueuse vésicale est constamment intéressée.

Les symptômes communs se résument dans une rétention toujours considérable ; le cathétérisme finit par devenir impossible et doit être remplacé par la ponction sus-pubienne.

Dans certains cas, le laps de temps qui sépare les premières manifestations cliniques de la mort est excessivement court : 8 jours dans une observation, et certaines de ces formes sont tellement insidieuses qu'on ne les vérifie qu'à l'autopsie.

Dans ces formes diffuses de carcinose prostato-pelvienne que nous étudions, le sarcome se distingue par une malignité tout à fait particulière.

Observation XXIII

(Résumée)

(Recklinghausen. — *Feelschrift zu Virchow's*, 71, Geburtstage)

Louis H..., 74 ans, qui a séjourné l'année précédente, à l'hôpital, pour du rhumatisme, revient se plaignant de raideur et de douleurs dans les lombes. Déjà au mois d'octobre précédent on avait constaté chez ce malade de l'hypertrophie de la prostate.

Depuis le mois dernier, hypertrophie considérable des ganglions inguinaux, surtout à droite. On avait également senti une forte tumeur sur les bords du bassin et on avait remarqué qu'elle avait

augmentée pendant le séjour du malade à l'hôpital. La mort survint dans le coma le 26 juillet.

Autopsie. — Dans l'espace de Douglas, nodules très disséminés, dont quelques-uns atteignent la grosseur d'un pois. Tous les organes contenus dans le petit bassin, y compris les ganglions et les vaisseaux iliaques, sont fortement enfermés dans un tissu conjonctif presque calleux qui va des parois du bassin jusque sur la prostate, le bulbe et le corps caverneux droit. La cavité pelvienne est rétrécie surtout du côté droit, où des tumeurs osseuses s'élèvent sur les parois du bassin. Les fosses iliaques, principalement du côté droit, sont dans leur portion antérieure en partie comblées par des masses adhérentes à l'os.

Le rectum est normal ; sa paroi externe seule, exactement à la hauteur du cul-de-sac de Douglas, est recouverte par quelques nodules sous-séreux.

La prostate est plutôt atrophiée. Elle est indurée. La muqueuse de la portion prostatique de l'urèthre et du col de la vessie est indurée, épaissie et recouverte de petites élevures. Sur la paroi vésicale du côté droit on voit également quelques nodules dans le tissu sous-muqueux. Le canal de l'urèthre est sain.

Outre les ganglions lymphatiques du bassin et des lombes, les ganglions inguinaux des deux côtés sont fortement hypertrophiés. Les ganglions sous-claviculaires et axillaires gauches montrent des foyers indurés.

Dans les os qui ont tous été examinés et coupés on trouve des carcinomes ostéoplastiques, sur les os latéraux du crâne ; dans tous les corps vertébraux, dans presque toutes les côtes, sur la tête de l'humérus droit, dans les deux fémurs, dans le tibia droit, dans les os de la hanche, dans toute l'étendue du sternum.

Nous avons affaire à une forme diffuse type ; car la tumeur s'est étendue rapidement sur les bords du bassin : les progrès étant constatés pendant le séjour du malade à l'hôpital ; donc évolution très rapide ; en second lieu, il y a participation ganglionnaire intense ; enfin, la prostate se continue par une traînée indurée avec l'ossature pelvienne qui est incrustée. Mais, étant donné l'impor-

tance de la participation osseuse à la carcinose, on peut se demander si le point de départ est osseux ou prostatique. Nous inclinons pour cette dernière hypothèse : la diffusion osseuse s'étant faite dans tous les os de l'économie ne semble être due qu'à des métastases à point de départ unique, et selon toute vraisemblance prostatique ; les douleurs osseuses d'ailleurs ne se sont manifestées qu'après les symptômes d'hypertrophie.

Il s'agit bien ici d'un de ces cas à forme diffuse, à noyaux circonscrits et indépendants les uns des autres (Obs. à rapprocher de l'obs. V), très caractéristique et pouvant servir de type anatomique à cette forme de carcinose diffuse. Le cas est en effet remarquable par le nombre et la distance des métastases ; tibia, sternum, humérus, crâne, corps vertébraux, etc. Donc généralisation intense.

Observation XXIV

(Dr Tellier)

Homme, 48 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 20 août 1894, dans le service du docteur Tellier.

Examen. — Par le toucher rectal on sent une grosse masse dure, bosselée, au niveau de la prostate et de la vessie, sans limites appréciables. Par le palper et le toucher combinés, on sent la vessie remontant à trois travers de doigt au-dessus du pubis.

Diagnostic. — Cancer de la prostate avec envahissement de la vessie, pyélo-néphrite, douleurs vives.

La cystostomie sus-pubienne est immédiatement pratiquée. En introduisant un doigt profondément dans la vessie, on sent que

la cavité est presque tout entière occupée par une masse fongueuse saignant facilement. Lavage boriqué et drainage.

Le soir même, le malade se sent soulagé. La température tombe de 39° à 38°. L'état général est un peu meilleur.

Les jours suivants, l'état reste sensiblement le même; pas de souffrances.

Mais l'amélioration ne persiste pas longtemps; la mort survient le 4 septembre.

Autopsie. — Le bas-fond de la vessie, la prostate, sont le siège d'une infiltration néoplasique diffuse qui ne permet pas d'enlever les organes en totalité. La cavité urétérale est envahie par une masse qui se laisse facilement déchirer. Les calices et les bassinets sont notablement distendus. Les uretères ont le volume du pouce environ et présentent sur leur trajet des renflements de distance en distance.

Ce cas est relatif à un cystostomisé placé dans des conditions d'état général très mauvais: fièvre urineuse et pyélo-néphrite. Et cependant, aussitôt après l'intervention, le malade se déclare très soulagé, et pendant un certain temps la fièvre baisse sensiblement.

La cystostomie sus-pubienne sera donc une excellente opération palliative, alors que le cathétérisme est impossible ou douloureux, non seulement au point de vue de l'infection qu'elle atténue, mais encore au point de vue des douleurs. C'est d'ailleurs une opération aisée, rapide, bien réglée et sans danger.

Observation XXV

(Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur Forgue)

Phil. A .., âgé de 54 ans, puddleur de son métier, entre le 21 janvier 1909 dans le service de M. le professeur Forgue.

Déjà traité dans le service il y a deux ans pour rétrécissement, il y a séjourné huit jours ; on lui passa des béniqués. De retour chez lui, le malade eut une évacuation spontanée de pus et de sang qui dura un mois. Six mois après, il ressentit une douleur continue dans le bas-ventre. La miction était le plus souvent difficile et douloureuse, principalement au commencement. De temps à autre, évacuation de quelques détritus.

Il y a cinq mois, à la suite d'excès de travail et d'efforts, cet homme a été obligé d'abandonner l'ouvrage. Les douleurs persistant, et voyant qu'il pissait du sang, il est entré à l'hôpital.

Examen actuel. — Le sujet pisse toutes les demi-heures, autant le jour que la nuit, et chaque fois en petite quantité.

Le plus souvent, il pisse droit sur ses souliers et à petits coups. S'il n'a pas sa bouteille au moment où le besoin se fait sentir, il urine dans son lit. S'il essaie de se retenir, il éprouve une forte sensation de brûlure. Il ne vide pas complètement sa vessie, fait effort et urine du sang.

L'hématurie a été successivement initiale, terminale, totale ; elle est maintenant totale depuis trois mois. Il y a mélange intime avec l'urine qui présente la coloration de la bière brune. Le sang est en assez grande quantité et a dû séjourner assez longtemps dans la vessie, car il y a altération des globules. Il y a deux mois, le malade émettait des caillots sanguins courts, moulés sur l'urèthre, venant de la vessie, car le sujet nous apprend qu'il ressentait des douleurs violentes, à petits intervalles, — à mesure qu'un caillot venait boucher l'urèthre —, douleur qui cessait à l'émission. Depuis un mois, le malade a traversé une période à hématurie peu abondante, et dans ces derniers temps il émettait du sang pur après la miction.

Les douleurs sont accusées dans le bas-ventre, à la racine de la verge, irradiées au périnée et dans les bourses, et accompagnées de sensation de pesanteur. Aux lombes, le sujet dit avoir la sensation d'être rongé par des fourmis. De même, douleur à la face interne des cuisses et à la face externe ; le plexus sacré est donc comprimé. Ces douleurs se traduisent par une sensation de brûlure, elles sont intermittentes et d'intensité variable, empêchant le malade de dormir ; nullement accentuées par la miction et la défécation.

On constate des troubles de la défécation, de la constipation. Le

malade, suivant son expression, faisait des crottes de lapin soudées les unes aux autres; les matières séjournaient donc dans les cryptes intestinales. Au moment de la défécation, il y a impression de brûlure, du ténesme, quelques coliques peu violentes, avec émission de glaires peu abondantes. Il y a sensation de corps étranger, mais pas de faux besoins.

L'état général est profondément atteint. Depuis qu'il a cessé le travail, le malade a considérablement maigri, de 18 kilos, dit-il. Il est sans forces ; ses muqueuses sont pâles ; son teint jaune paille ; il a perdu l'appétit et marque du dégoût, surtout pour la viande. Donc tendance à la cachexie.

L'examen direct nous montre les deux aines occupées par une chaîne ganglionnaire en chapelet, surtout à gauche où les ganglions composants tendent à la confluence et forment déjà sur quelques points une traînée continue. La fosse iliaque gauche est occupée par une masse dont la limite supérieure remonte jusqu'à la hauteur de la crête et qui descend en bas jusqu'à l'arcade crurale, et tangente en ce point à la face postérieure de la paroi. Cette masse se prolonge en dedans vers la ligne médiane en s'échancrant et déborde le bord supérieur de la symphyse de deux travers de doigt.

La fosse iliaque droite est comblée dans toute sa partie basse jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure, par une traînée qui en profondeur se continue le long du bord du psoas dans la chaîne ganglionnaire externe.

Cette masse qui n'offre que quelques grosses lobulations est absolument immobile sur le plan sous-jacent.

Au toucher rectal, on constate que la tumeur ne fait pas une saillie considérable. Il est curieux de noter que dans sa plus grande partie, le contour de la prostate est très peu modifié. Dans ses deux tiers inférieurs au moins, la dimension et la forme, la régularité et la consistance sont celles d'une prostate de cet âge ; c'est en haut que les lésions se dessinent. L'index, plongé aussi profondément que possible, nous apprend que la partie supérieure de la prostate dure, ligneuse, se continue avec une véritable nappe uniformément indurée, constituant le pôle inférieur de la masse qui se prolonge dans les deux fosses iliaques. Latéralement, ce bloc néoplasique vient se coller et s'immobiliser par des adhérences aux parois de l'excavation pelvienne. Il est évident que les vésicules séminales et

le bas-fond de la vessie sont englobés, sans qu'on puisse les distinguer dans cette coulée néoplasique qui se prolonge en arrière vers le promontoire au point de rendre difficile son accès. Quant à la paroi rectale, elle n'est point infiltrée, la muqueuse ayant conservé toute sa souplesse et son glissement normal.

La tumeur doit arriver vraisemblablement en ce moment-ci à comprimer les deux uretères, car nous constatons des quantités d'urine émise décroissantes de jour en jour.

Nous avons affaire à un cas de carcinose prostato-pelvienne diffuse, typique ; c'est un cancer à lésion initiale ayant pour centre la prostate et faisant sa masse de développement dans le bassin.

Sortie en février 1909.

Ce cas, classique en tous points, constitue un véritable schéma confirmant les opinions généralement admises sur la carcinose diffuse. Les symptômes cliniques sont tous présents, sans exception. Au lieu que dans nos observations précédentes nous remarquions, soit principalement de la dysurie, de la fréquence, de la rétention et plus rarement de l'hématurie, soit un seul type de douleurs ; ici, nous avons de l'hématurie, de la fréquence, de la dysurie, de la rétention chronique ; des douleurs irradiées non seulement vers l'appareil urinaire, mais dans les lombes, les cuisses ; des troubles de la défécation ; un état général profondément touché.

Au point de vue anatomique, mêmes remarques : l'évolution rapide s'est faite en haut, latéralement et en arrière, les ganglions ont fortement participé à la néoformation, les vésicules séminales sont englobés, les uretères comprimés, le rectum encerclé, mais à muqueuse intacte.

Comme points particuliers, signalons l'échancrure de la partie médiane de la masse (comme dans les observations IX et XIV) ; le contour de la prostate peu modifié (comme dans les observations IV, VIII et XXIII où nous avions trouvé une prostate plutôt atrophiée).

Observation XXVI

(Inédite)

(Due à l'obligeance du docteur Juge)

B... M., âgé de 48 ans, entre à la clinique le 8 janvier 1909. Début il y a un an par des douleurs vagues dans les lombes, douleurs qui sont devenues, vers le mois de mai 1908, plus fortes et permanentes.

Les douleurs s'accusent violentes du côté de la vessie, avec irradiations dans la région trochantérienne droite.

Comme trouble fonctionnel urinaire, fréquence des mictions pendant la nuit.

Examen, le 8 janvier 1909. — Bon état général du malade ; le toucher rectal laisse percevoir une tumeur indurée occupant toute la prostate et se prolongeant surtout à droite et en haut dans le bassin.

Opération, le 8 janvier 1909. — Après incision de la prostatectomie périnéale, une vaste infiltration est mise à nu. Fulguration préalable.

Destruction par le bistouri, la curette, les ciseaux, de tous les points de la tumeur qui sont accessibles, en s'efforçant de ménager le rectum et la vessie.

Incision de l'urèthre largement ouvert ; le Douglas lui-même est effondré ; le gros intestin est amené dans la plaie, examiné, fulguré et réduit ; il est maintenu par une compresse.

Fulguration de cette vaste plaie.

Une sonde peut être conduite dans le canal jusqu'à la vessie Large drainage.

La plaie a une tendance à se fermer rapidement.

Le malade est mort cinq mois après, mais n'a plus souffert, alors

qu'auparavant les douleurs étaient si vives que le malheureux se jetait la tête contre les murs.

A l'examen histologique, la coupe présente un stroma fibreux, par endroits dense, ailleurs peu abondant. Le stroma présente des faisceaux de fibres lisses. Il contient des amas de cellules épithéliales, irréguliers, petits et tendant à se distribuer en pseudo-acini.

A remarquer les douleurs particulièrement intenses. La fulguration ne pouvait donner aucun résultat sérieux au point de vue vital, car il était de toute impossibilité d'enlever de cet entonnoir les masses néoplasiques macroscopiques, ce qui est le minimum, d'après Juge (1), pour que la fulguration puisse donner quelques résultats.

D'ailleurs l'opération avait été entreprise uniquement dans un but palliatif. A ce point de vue, le résultat a été atteint, car ce malade a goûté un soulagement jusqu'à sa mort.

Observation XXVII

(Résumée)

(L. Imbert. — Bulletin de l'Académie de médecine)

Carcinose prostato-pelvienne guérie par la radiothérapie

M... V..., depuis quelques années se lève 2 ou 3 fois la nuit pour uriner. Dans les derniers jours de février 1904 il est pris, sans causes appréciables, de mictions très fréquentes et très douloureuses, urinant jusqu'à 100 et 150 fois par jour ; puis rétention brusque et complète. L'application de la sonde à demeure est bien supportée

(1) Juge. — Archives provinciales de chirurgie, 1908.

et laissée pendant une semaine ; les douleurs se calment et l'état général s'améliore ; mais cette accalmie n'est que momentanée, de violentes douleurs se manifestent dans la fesse et la cuisse gauche, et persistent ; l'état général est très aggravé.

Toucher rectal. — La prostate a un volume considérable, et il est impossible d'en percevoir les limites ; l'index arrive sur un point du rectum haut situé au niveau duquel l'intestin paraît rétréci ; sur l'ischion gauche, tuméfaction dure, douloureuse et adhérente.

Il a suffi de 18 séances de radiothérapie, d'une durée de 10 minutes chaque, pour provoquer la disparition de la tumeur. Dès les premières séances, il a été évident que le volume de la tumeur diminuait ; les douleurs ont disparu. Un mois après, la guérison ne s'est pas démentie.

Il est à souhaiter que de nouveaux cas de guérison par la radiothérapie viennent s'ajouter à celui d'Imbert ; malheureusement ce chirurgien a plusieurs fois traité dans la suite des cas de cancer de la prostate par les rayons X sans en obtenir aucun résultat ; aussi peut-on se demander si la guérison de son malade n'est pas une de ces coïncidences, comme il s'en produit assez souvent en médecine. Imbert, d'ailleurs, déclare n'avoir aucune foi dans ce traitement.

CHAPITRE III

COMMENTAIRES

Nous avons essayé de rechercher si les particularités anatomiques, cliniques et thérapeutiques des observations relatées précédemment confirmaient les idées généralement admises sur la carcinose prostato-pelvienne diffuse.

Tout d'abord, les ganglions sont dégénérés d'une façon précoce, ce dont on a fait d'ailleurs une des caractéristiques de la forme de cancer que nous étudions. Tantôt isolés, tantôt confondus avec la masse prostatique, ils participent toujours à la néoformation cancéreuse. Ce sont par ordre de fréquence les ganglions iliaques, pelviens, sacrés, lombo-aortiques, inguinaux. Les masses ganglionnaires sont souvent énormes, et, dans quelques-uns de nos cas, dominent le tableau anatomique, au point de constituer à elles seules presque toute la tumeur, alors que la prostate a peu participé à l'augmentation de volume (Obs. VIII, IV, V). Il s'agirait donc

d'une forme particulière de carcinose diffuse à prédominance ganglionnaire.

Les vésicules séminales sont la plupart du temps englobées dans la gangue carcinomateuse. Ce sont d'ailleurs les constatations de Motz et Majewski qui les ont trouvé intéressées dans 26 cas sur 29. Cet envahissement, disent-ils, est beaucoup plus marqué à gauche qu'à droite.

Young prétend de même que la vésicule est envahie en premier lieu, parce qu'elle se trouve la première sur la ligne de propagation du néoplasme, ligne qui se dirige de bas en haut. Dans la statistique de Young, les propagations vésiculaires se rencontrent 29 fois sur 40 cas.

Les uretères qui confinent à la base de la prostate sont toujours plus ou moins menacés. Ils sont comprimés de bonne heure, soit par la tumeur elle-même, soit par les ganglions. Il en résulte de la dilatation du rein et de l'hydro-néphrose.

Le rectum souvent refoulé par la néoplasie est rarement ulcéré. Il est bon toutefois de rappeler à ce sujet une observation de Daniel Mollière, de Lyon, dans laquelle cet auteur a vu une perforation vésico-rectale consécutive à une carcinose prostato-pelvienne : « le canal qui faisait communiquer ces deux organes traversait la prostate dégénérée ». Pasteau donne le chiffre de 19 propagations rectales sur 71 cas, mais dans lesquels la muqueuse se trouvait envahie seulement 5 fois, et encore sur ces 5 observations 2 étaient relatives à un cancer du rectum propagé à la prostate. Sur 40 cas, Young a trouvé deux participations rectales. Nous en avons relaté deux : dans l'observation VII on sentait dans le rectum une saillie irrégulière de la muqueuse du diamètre d'une pièce de un franc, au milieu d'une zone plus étendue où

la muqueuse était adhérente aux plans profonds. Dans l'observation XIV, le rectum présentait des crêtes très saillantes et très épaissies.

Pour ce qui est de la propagation vésicale, l'opinion classique veut qu'elle ne se rencontre que d'une façon tout à fait discrète, fort tardivement et même point du tout. Et c'est là un fait bien particulier qu'un cancer à marche si envahissante respecte le plus souvent la vessie. Rigaud dit que le cancer de la prostate ne se propage pas plus à la vessie que celui de la vessie à la prostate. En 1871, Klebs avait soutenu l'opinion inverse, et Gardner, de New-York, dans son étude de 1906, sur le cancer de la prostate, semble donner raison à Klebs. « Les faits où l'on a observé une tumeur intra-vésicale consécutive à un cancer prostatique sont loin d'être rares. Sur 71 néoplasmes de la prostate figurant dans le tableau de Pasteau, 13 fois il y avait tumeur dans la vessie. Et si l'on compte les cas où il y a simplement infiltration des parois de la vessie, sans tumeur intra-vésicale proprement dite, la proportion devient autrement forte ». Motz et Majewski ont trouvé des altérations vésicales 20 fois sur 26 cas de carcinose prostato-pelvienne. L'opinion de Gardner se trouve confirmée par nos obs. I, IV, XVIII, XIX, XX, XXI, XXII, dans lesquelles nous avons trouvé la muqueuse vésicale envahie.

La propagation uréthrale n'est pas rare. Pasteau l'a constatée 5 fois sur 71 cas ; Motz et Majewski, 7 fois sur 26, soit sous forme de végétations néoplasiques (2 fois), soit d'ulcération (1 fois) ou même de destruction de l'urèthre postérieur. On a trouvé le corps spongieux envahi trois fois. Nous retrouvons bien cette proportion dans nos 27 cas. L'observation VI nous montre l'urèthre postérieur couvert de petites végétations néoplasiques ;

l'obs. XXIV, la cavité uréthrale envahie par une masse qui se laisse facilement déchirer. L'urèthre antérieur a toujours été indemne.

Le péritoine n'est pas exempt. Pasteau signale trois localisations sur l'intestin ; Motz et Majeswski autant sur 26 cas.

Les vaisseaux pelviens peuvent être comprimés par les masses ganglionnaires, au point que Wyss a trouvé la veine fémorale oblitérée, et que, dans un cas de Rollin, l'aorte et la veine cave étaient englobées, et les vaisseaux iliaques confondus avec l'uretère. Dans notre obs. IV l'aorte était complètement entourée ; dans l'obs. V une masse néoplasique entourait les vaisseaux obturateurs, ombilicaux, iliaques internes.

Les métastases osseuses se rencontrent surtout dans les formes circonscrites, et les observations sont assez nombreuses. Young les a considérées, non sans exagération, comme plus fréquentes que les propagations ganglionnaires. Ces apports de germes cancéreux se font en première ligne sur les os du bassin. Le pubis et l'ischion sont intéressés 7 fois dans les 71 observations de Pasteau (2 fois dans les cas que nous avons rapportés obs. I, XIV). Dans un cas de Guyon l'adhérence aux os du bassin était telle qu'il fallut sculpter sur ces os pour pouvoir extraire les organes pelviens ; (dans l'obs. VI, l'os iliaque, fortement incrusté, est devenu mou et friable). Jullien et Harrison relatent l'atteinte des vertèbres (ce qui est confirmé par l'obs. XXIII) ; Pasteau, Motz et Majewski celle du fémur (l'obs. VI nous montre la tête du fémur détruite).

L'infiltration de ces différents organes finit par former des masses plus ou moins volumineuses, remplissant en quelques mois le bassin, adhérant à la paroi osseuse et

cherchant à fuser par toutes les échancrures. La plupart du temps, c'est latéralement que la tumeur prend son extension, se mettant ainsi en rapport avec le grand sciatique. Postérieurement, elle occupe la région sacrée en comprimant soit le rectum ainsi dévié et rétréci, soit les plexus sacrés. Antérieurement, c'est par une saillie au périnée que se manifeste l'expansion.

A côté de cette forme de carcinose prostato-pelvienne diffuse à marche classique que nous avons retrouvée dans la plupart de nos observations, signalons le cas I dans lequel des noyaux secondaires circonscrits formant des petites tumeurs isolées d'assez fort volume ont envahi le col, le trigone, le pubis, les corps caverneux, indépendamment de la masse évoluant classiquement. Ces petits noyaux secondaires sont comme des éléments surajoutés. Ce fait tout particulier peut permettre d'envisager la possibilité d'une forme spéciale de carcinose diffuse à noyaux secondaires circonscrits.

Jusqu'à présent, les cas de carcinose diffuse diagnostiqués cliniquement étaient de beaucoup les plus nombreux. Mais il semble que cette proportion doit être renversée. Pousson et Young, en effet, affirment la prépondérance numérique des stades précoces, c'est-à-dire des formes limitées.

Le début est tout à fait insidieux, et ce n'est que lorsque le mal a déjà fait de grands progrès que l'on vient consulter. C'est ainsi qu'un malade sans antécédents urinaires se plaindra seulement de mictions fréquentes, d'une constipation opiniâtre ; ses urines sont normales, limpides et non sanglantes ; à noter de l'amaigrissement depuis quelques mois, et c'est tout. Toutefois, malgré ces symptômes insignifiants, le toucher rectal apprendra que la concavité du sacrum est occupée par une prostate volu-

mineuse se prolongeant de chaque côté jusqu'à la branche ischio-pubienne, sans que l'on puisse la limiter postérieurement.

Il résulte de cette absence de phénomènes caractéristiques de début, qu'il s'écoule le plus souvent six mois à un an avant que le malade vienne consulter.

Les hématuries (Obs. XVI, XVIII, XXV) en général précédées par la dysurie sont spontanées dans leur apparition et surviennent le jour comme la nuit. Il s'agit « d'une uréthrorragie rapide » suivant l'expression de Forgue, teintant l'urine au début et à la fin de la miction ; rarement abondante pour menacer la vie. Cependant, dans un cas d'Armitage le malade aurait perdu en six jours 6 litres de sang d'une couleur lie de vin. Cette hématurie peut être en tout cas assez copieuse (Obs. XVIII) pour amener la formation de caillots.

Le symptôme douleur vient s'ajouter fréquemment, dans 30 °/₀ des cas, dit Young. Il s'agit de douleurs de la miction, de douleurs provoquées, irradiées le long des nerfs et qui sont un des symptômes les plus constants et les plus caractéristiques de la forme diffuse. Il est indiscutable que ces douleurs sont provoquées par la compression des troncs (Obs. V, VI, VII, IX, X, XI, XVII, XVIII, XXIII, XXIV, XXV, XXVI, XXVII).

Dans un quart des cas, il y a des douleurs pendant la miction, soit au commencement, très vives à cause des efforts nécessaires, soit à la fin de l'évacuation. La douleur rectale fait le plus souvent défaut ; Young ne l'a trouvée que dans 1/10 des cas. Nous la relatons dans les Obs. XXV, XXII.

Telle est la symptomatologie souvent fruste de la carcinose prostato-pelvienne. Il semble que dans les formes diffuses, les signes subjectifs devraient être plus accusés

que dans les circonscrites. Nous ne pouvons que constater le contraire, et il est très curieux d'insister sur ce point intéressant. « Les phénomènes subjectifs, dit Gardner, surtout ceux de la sphère urinaire, accusés par beaucoup de malades, sont insignifiants, presque nuls, en tous cas hors de proportion avec les très grosses lésions décelées par l'examen direct. Il en était ainsi dans 5 cas sur 7, et Guyon insiste à propos de ces cas sur la fréquence de cette évolution clinique, bénigne, d'une affection dont l'expression anatomique représente probablement le plus haut type de malignité qui se puisse voir, et cite le cas d'un homme à son service, qu'il avait pu suivre pendant plusieurs années et dont les symptômes étaient réduits au minimum, quoiqu'il fût porteur d'une carcinose diffuse. Ce fait d'apparence paradoxale doit-il nous surprendre outre mesure? Puisque dans la carcinose prostato-pelvienne nous n'avons pas affaire à une lésion localisée, mais à une lésion dont la tendance fondamentale est la diffusion aux organes pelviens, est-il surprenant que le rôle clinique de la prostate, et par conséquent les phénomènes urinaires, soient réduits au minimum? Il est au contraire logique que la symptomatologie soit plus pelvienne que prostatique ; or la symptomatologie pelvienne est une symptomatologie de compression et ne se montre que lorsque le néoplasme a déjà acquis un volume suffisant. »

Le traitement de la carcinose prostato-pelvienne diffuse ne peut être l'exérèse chirurgicale, étant donné l'étendue des lésions et le diagnostic toujours trop tardif de l'affection. Il n'y a pas lieu de discuter les indications de la prostatectomie dont les résultats sont d'ailleurs déplorables pour les formes circonscrites. Nous relatons cependant un cas de cancer diffus du docteur Juge,

avec prostatectomie et fulguration ; opération tentée, il est vrai, uniquement dans un but palliatif, les masses macroscopiques ne pouvant être totalement enlevées dans des cas aussi avancés. Le résultat a d'ailleurs été atteint, puisque le malade qui souffrait d'une façon très intense a été soulagé pendant les 5 mois qui ont précédé sa mort.

Dans les observations VII, X, XIV, XV nous avons pu constater les bons effets de la sonde à demeure chez les rétentionnistes. Le malade n'en souffre pas ; son état général s'améliore constamment et, localement, le canal bénéficie d'une dilatation. Dans tous ces cas, le cathétérisme doit être mené prudemment sous peine de provoquer des hémorragies graves.

Lorsque le cathétérisme est impossible ou douloureux, on aura recours à la cystostomie sus-pubienne (Obs. XXIV) qui donne de bons résultats. Dans l'observation du Dr Tellier le sujet se trouvait dans les conditions les plus défavorables pour être cystostomisé, et cependant l'amélioration a été manifeste. Cette opération palliative a d'ailleurs fait ses preuves, et il suffit de consulter la thèse de de Louis Paul pour se convaincre de l'efficacité de ce traitement.

Quant aux rayons X, il semblait, depuis l'observation d'Imbert en 1904, qu'un nouvel avenir s'ouvrait à la thérapeutique du cancer de la prostate. Mais cette méthode a subi dans la suite de nombreux échecs, de sorte que son efficacité est fort hypothétique.

CONCLUSIONS

Les points anatomiques particuliers sont les suivants :

I. — Nous pouvons distinguer plusieurs formes de carcinose diffuse :

1° Forme à évolution classique, dont l'observation de Forgue est le type (Obs. XXV).

2° Formes à prédominance ganglionnaire (Obs. IV, V, VIII).

3° Formes avec métastases éloignées, soit osseuses, soit viscérales (Obs. VI, XXIII).

4° Formes diffuses avec noyaux secondaires circonscrits (Obs. I).

II. — La muqueuse vésicale n'est pas toujours intacte (Obs. I, IV, XVIII, XIX, XX, XXI, XXII).

III. — La muqueuse rectale peut être intéressée (Obs. VII, XIV).

IV. — Les noyaux ne sont pas toujours de consistance inégale, comme le veut Guyon (Obs. V, X).

V. — La prostate ne participe pas toujours à l'augmentation de volume (Obs. IV, VIII, XVII, XXV).

VI. — Le sarcome se distingue du carcinome diffus par sa généralisation plus rapide, l'atteinte plus profonde des organes, sa haute malignité (Obs. XIX, XX, XXI, XXII).

Au point de vue clinique, notons que la symptomatologie par les troubles de la miction est la plus commune. Nous ne rencontrons l'hématurie que dans trois observations (Obs. XVI, XVIII, XXV).

Les considérants thérapeutiques ont trait :

I. — Aux bons effets de la sonde à demeure supportée sans douleur par les malades et déterminant l'abaissement thermique, l'amélioration de l'état général, la dilatation du canal (Obs. VII, X, XV).

II. — A la cystostomie sus-pubienne (Obs. XXIV) pour les cas où le cathétérisme est impossible ou douloureux.

III. — A la radiothérapie (Obs. XXVII) dont les résultats doivent être contestés.

IV. — A la fulguration (Obs. XXVI), en tant qu'opération palliative.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 19 Juin 1909.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 18 Juin 1909.
Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

Annales des maladies des organes génito-urinaires de Guyon, 1900, p. 113, 225).

Bulletin de l'Académie de médecine : Carcinose prostato-pelvienne guérie par la radiothérapie. L. Imbert.

Forgue. — Extrait du traité de chirurgie, tome VII : appareil urinaire, urèthre et prostate, p. 991.

Fournier (Joseph-Louis-Marie). — Contribution à l'étude du traitement chirurgical dans le cancer de la prostate (Thèse de Bordeaux, 1904-1905, n° 20).

Gardner. — Le cancer de la prostate (Revue française de médecine et de chirurgie, n° 5, 1907. — Gazette des hôpitaux, septembre 1906).

Guyon. — Leçons cliniques sur les affections chirugicales de la vessie et de la prostate : De la carcinose prostato-pelvienne diffuse, 1888.

Hallopeau. — Le cancer de la prostate (Thèse de Paris, 1906).

Louis Paul. — Du traitement du cancer de la prostate (Thèse de Lyon, 1894).

Medical News Philadelphia, vol. XLI, p. 538, nov. 1882.

Motz et Majewski. — Contribution à l'étude anatomique et clinique des cancers épithéliaux de la prostate (Annales Guyon, 1907, p. 162, t. I).

Proust et Vian. — Le sarcome de la prostate (Annales Guyon, 1907, t. I, p. 721).

Thompson. — Traité pratique des maladies des voies urinaires (Paris, 1881, p. 738-754).

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!